Rok XXXIV. Kraków 25. Maja 1895 r. Nr. 21.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Peres.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1^1/_2$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180. Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 30 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie.

Sprawozdanie z doświadczeń dokonanych z antytoksyną w przebiegu błonicy.

(Według wykładu w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem dnia 3. Kwietnia 1895).

Napisał

Prof. Dr. Jakubowski.

(Dokończenie. Patrz. Nr. 20).

O stronach korzystnych, czyli właściwej skuteczności seroterapii, można się przekonać jużto na podstawie porównywania dawniejszych przebiegów błonicy przy używaniu innych środków z obecnymi, jużto zestawiając odsetki śmiertelności przy dawniejszych i obecnych sposobach leczenia.

Porównanie przebiegów dawniejszych z obecnymi jest bardzo trudne, wiedząc, że błonica podobnie jak wszystkie choroby zakaźne występuje okresowo w różnych stopniach nasilenia, raz zabierając liczne ofiary, innym znów razem odznaczając się charakterem łagodnym a nawet podczas tejsamej epidemii wydarzają się cięższe i lżejsze przypadki błonicy. Wśród takich okoliczności podejmując porównania przebiegów należałoby zestawiać obok siebie przypadki równorzędne tak co do nasilenia samej choroby, jak i powikłań. Każdy z lekarzy zajmujących się obecnie badaniem surowicy leczniczej, czyni to według pewnej z góry przez siebie oznaczonej metody.

Widerhofer w sprawozdaniu swem ze 100 przypadków błonicy podaje skalę opartą na podziale klinicznym różnych stopni błonicy a mianowicie rozróżnia: 1) błonicę lekką z rokowaniem korzystnem, 2) cięższą z rokowaniem wątpliwem, 3) bardzo ciężką z rokowaniem złem i 4) bezwarunkowo niekorzystną. Według zestawionej skali, opierając się na doświadczeniu, utrzymuje, że we wszystkich czterech stopniach błonicy znalazł przy seroterapii wyniki o wiele korzystniejsze, niż dawniej. I tak n. p. w czwartej kategoryi, łączącej się z rokowaniem bezwarunkowo niekorzystnem, Widerhoter stósował surowicę u 16 dzieci, z których zmarło 10. Według przekonania jego dawniej straciłby wszystkie, przy obecnej zaś metodzie sześcioro z nich zostało przy życiu.

Monti znów do oceniania skuteczności seroterapii inną doradza skalę, opierając się na podstawie anatomii patologicznej. A mianowicie: 1) postać lżejszą polegającą na ograniczonych złogach włóknikowych na błonach śluzowych *(diphtheria fibrinosa)*, 2) cięższą z naciekami miąższowymi *(diphteria phlegmonosa)*, 3) i najcięższą zgorzelinową *(diphtheria gangraenosa)*. W pierwszej przy badaniu bakteryologicznem znaleść można obfite kolonie prątków Lofflera, w drugiej i trzeciej postaci mogą się także znajdować prątki Löfflerowskie, lecz przeważają streptokoki i stafilokoki. Monti twierdzi, że przy stósowaniu każdego środka a więc i surowicy, chcąc uniknąć zawodu w ocenianiu skuteczności, te trzy przez niego podane stopnie muszą być ściśle uwzględniane.

W doświadczeniach swoich nie posługiwałem się żadnym z powyżej podanych podziałów, lecz zwróciłem jedynie uwagę na skuteczność surowicy w dwóch względach: 1) na działanie jej wobec błonicy samoistnej ograniczającej się do błon śluzowych połyku, 2) na błonicę wikłającą się z dławcem.

Na 75 przypadków leczonych stósunek liczebny chorych w tym względzie był następujący:

błonicy samoistnej niepowikłanej . . . . . 29 = 39%
krupów błoniczych . . . . 46 = 61%

W błonicy samoistnej po użyciu surowicy otrzymywałem takież same wyniki, jakie dotąd podają inni badacze,

t. j. w przypadkach lżejszych surowica zawczasu użyta przerywa niemal bieg choroby a skuteczności jej zaprzeczyć nie można. W cięższych przypadkach wstrzykiwania kilkakrotnie powtarzane nie pozostają bez korzystnego wpływu na przebieg choroby. Naloty błonicze pod jej wpływem nie tak szybko się rozwijają, wytworzone już oddzielają się łatwiej, w ogóle przeobrażenia miejscowe trwają o wiele krócej, niż to bywało dawniej a w ślad za tem i liczba zgonów bywa stosunkowo mniejszą.

W dławcu błonicznym, przy rozwiniętych objawach zwężenia krtani, sama seroterapia nie wystarcza, wykonywać należy obok niej, jak dawniej dla ułatwienia sprawy oddechania, intubacyę lub ewentualnie tracheotomię. Zastrzykiwania surowicy w dławcu robiłem w miarę potrzeby, już to przed intubacyą, już wkrótce po niej (ogółem 46 razy na 75 przypadków) i przekonałem się, że dawki pojedyncze 10-cio gramowe nie są dostateczne, lecz odrazu używać należy dawki podwójnej, powtarzając ją co 24 godzin dwa lub trzy razy. Skutek po energicznem stosowaniu surowicy w dławcu jest ten, że gdy dawniej często rozwijało się dławcowe zapalenie oskrzeli (*bronchitis crouposa*), objawiające się utrudnieniem oddechu, sinicą a wśród przysłuchiwania suchemi skąpemi rzężeniami, obecnie wskutek swoistego działania surowicy powstaje częściej śluzoworopne zajęcie oskrzeli. Chorzy w tej postaci dalszego przebiegu dławca oddychają lżej, wykasztuszają obficie plwocinę śluzoworopną a przysłuchem wykazać można liczne wilgotne rzężenia. Chociaż przy stosowaniu surowicy w rozwiniętym dławcu wielu jeszcze chorych przy życiu utrzymać nie zdołamy, to jednak w przypadkach przez siebie leczonych przekonałem się, że po dokonaniu intubacyi nie tak często widzimy się zmuszonymi do następowej tracheotomii i w ogóle procent śmiertelności obniżył się znacznie.

Powyższe wywody potwierdzają załączone tablice porównawcze:

I. Od roku 1878 do 1894 leczono w szpitalu św. Ludwika:

Dzieci z błonicą . . .	531,	z tych zmarło	248 = 46·8%
„ z dławcem błonicz.	1036,	„ „	545 = 52·8%
Ogółem .	1567.	„ „	793 = 50%

II. Obecnie (od 1. Listopada 1894 do 31. Marca 1895), lecząc surowicą, wyniki przedstawiają się jak następuje:

Dzieci z błonicą . . .	29,	zmarło	8 = 27·6%
„ z dławcem błonicz.	46,	„	16 = 34%
Ogółem .	75.	„	24 = 32%

Zestawione tablice różnią się wprawdzie znacznie tak co do okresu czasu, jak i liczby leczonych przypadków; pierwsza obejmuje okres lat 16 z liczbą 1.565 przypadków, druga tylko okres pięciomiesięczny ze skromną liczbą 75 chorych; lecz korzystając z materyałów, jakimi rozporządzałem, okazuje się, że w naszym szpitalu, przy stosowaniu surowicy, tak w błonicy, jak i w dławcu śmiertelność obniżyła się blisko o 19%.

Jeżeli przy uwzględnieniu miejscowych stosunków, otrzymane wyniki przedstawiają się dość pomyślnie, to w porównaniu z wynikami, jakie w tym względzie podają inni pedyatrzy, wypadły mniej korzystnie. Przyczyna większej śmiertelności w naszym szpitalu ztąd pochodzi, że z dziećmi zgłaszano się do leczenia w późniejszych dniach choroby i to najczęściej dopiero z błonicą, wikłającą się z dławcem. W żadnym też szpitalu dla dzieci nie gromadzi się tak znaczny zastęp dławca błoniczego, w stosunku do błonicy, jak w naszym. Na dowód zestawiam cyfry wyjęte z ostatniego sprawozdania Widerhofera (Wid.) obok moich (Jak.)

	Wid.	Jak.
Leczono surowicą	100.	75.
Z tej liczby było:		
a) błonicy	62.	29.
Z tych zmarło	12 = 10·3%	8 = 27·6%
b) dławców błoniczych	38.	46.
Z tych zmarło	12 = 32%	16 = 34.5%

Z powyższego zestawienia okazuje się: *a)* że przy leczeniu błonicy surowicą, nie wikłającej się z dławcem, śmiertelność u nas była większą o 8·3%, niż w szpitalu dzieci św. Anny w Wiedniu u dzieci leczonych przez prof. Widerhofera. Różnica ta, zdaniem moim, pochodzi z powodu zgłaszania się u nas z dziećmi w późniejszych dniach choroby. *b)* W dławcu błoniczym, gdzie z powodu znaczniejszych objawów zwężenia krtani, obok zastrzykiwań surowicy, wykonywano intubacyę, ewentualnie następową tracheotomię, w obu zakładach śmiertelność była prawie równą.

Kończąc na tem sprawozdanie z rozpoczętej dopiero pracy nad zbadaniem skuteczności seroterapii w błonicy, na podstawie własnych spostrzeżeń wysnuwam następujące wnioski:

1. Chociaż seroterapia w przypadkach naszych nie wykazała tak pomyślnych wyników, jak to podaje wielu lekarzy, zajmujących się tą metodą leczenia, to uwzględniając wpływ jej przeważnie korzystny na przebieg choroby i stałe obniżanie się śmiertelności w stosunku do nasilenia i trwania choroby, przyznać musimy, że jest ona jednym z najskuteczniejszych z pomiędzy obecnie znanych i do zwalczania błonicy używanych środków.

2. W rozwiniętym dławcu błoniczym seroterapia sama nie jest skuteczną, ale w połączeniu z intubacyą, jako leczenie uzupełniające, nietylko przyczyni się do obniżenia dotychczasowej śmiertelności, ale musi wywrzeć wpływ na przebieg w ten sposób, że wykonywanie następowej tracheotomii coraz rzadziej będzie wskazane.

3. Od powszechnego stosowania seroterapii wielu lekarzy praktycznych powstrzymują jeszcze powikłania, jawiące się skutkiem swoistego wpływu antytoksyny (jako to: osutki, bolesne zajęcie stawów, występujące niekiedy objawy zapadu i t. d.). Jeżeli jednak dalsze badania w klinikach i ogłaszane sprawozdania potwierdzą obfitszym materyałem statystycznym skuteczność seroterapii, to niekorzystne jej strony na drugi plan usunięte być muszą i nie będą nadal krępować lekarza.

4. Również dla ułatwienia zadania lekarzowi praktycznemu pożądanem jest porozumienie między zakładami zajmującymi się wyrabianiem surowicy leczniczej, aby przetwór ten był ile możności jednolitym, szczególniej pod względem dodawania środków konserwacyjnych, które obecnie są różne; jedni bowiem w tym celu dodają kwasu karbolowego, inni kamfory, trójkrezolu, chloroformu i t. d.

Od czasu przedłożenia niniejszego sprawozdania na dniu 31. Marca do 20. Maja liczba dzieci leczonych w szpitalu św. Ludwika z 75 zwiększyła się do **100**. Przy tej okrągłej cyfrze główniejsze daty statystyczne przedstawiają się jak następuje:

1) Użyto do leczenia: surowicy Behringa 38, Bujwida 20, Rouxa 39, Aronsohna 3 razy.

2) Opuściło szpital wyleczonych 70, zmarło 30.

3) Było dzieci z błonicą samoistną 42, zmarło 10 = 23·8%.

4) Było dzieci z dławcem błoniczym 58, zmarło 20 = 34·4%.

5) U wszystkich 58 dzieci z dławcem błoniczym dokonano intubacyi a z pomiędzy nich jeszcze u 4 następowej tracheotomii.

II. Z kliniki położniczej we Lwowie.

Dalsze dwa przypadki cięcia cesarskiego z pomyślnym przebiegiem.

Opisał

Prof. Dr. A. Czyżewicz.

(Dokończenie. Patrz Nr. 20).

Więcej zajmującym był przypadek drugi.

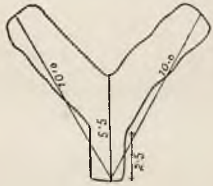
Dnia 16. Grudnia 1894. o $8^1/_2$ rano przywieziono do kliniki L. R., lat 35, żonę handlarza z Leszyc pod Stanisławowem. Chora podaje, że pierwsza regularność wystąpiła w 18. roku i była co miesiąc bez żadnych nieprawidłowości. Przed 9 laty ciąża pierwsza, poród przedwczesny w 8. miesiącu, dziecko umarło po 2 tygodniach. Następnie dwa poronienia zawsze w 4. miesiącu ciąży, potem ciąża prawidłowa; dziecko obecnie 7-letnie żyje. Przed 3 laty znów poronienie w 2-gim miesiącu ciąży. Obecnie 6-ta ciąża wedle obliczenia badanej 8 miesięczna. Od 8 lat cierpiała na kaszel i ból w klatce piersiowej i kościach, od roku zaś tak mocne bóle w kościach, szczególnie miednicy, że podczas całej ciąży chodzenie było prawie niemożebne. Do utrudnienia ruchów przyczynia się niemało i ta okoliczność, że z powodu skurczenia mięśni oba uda tak są do siebie zbliżone, że odchylenie ich od siebie, pomimo użycia siły, niemożebne i sprawia boleści. Z tego powodu całe badanie wewnętrzne odbyć się musiało od tyłu, bo wprowadzenie ręki między uda utrudnione. Nogi trzyma zawsze zgięte w kolanach.

Pomimo długości ciała 140 cm. robi badana wrażenie karlicy, trzyma się słabo na nogach, które kolanami się stykają a podudzia w kształcie litery X się rozchodzą. Miednicę typowego kształtu osteomalatycznego ze sterczącymi, odchylonymi na zewnątrz grzebieniami biodrowymi pokrywają wychudłe pośladki, które dozwalają każdą kość dokładnie wybadać. Kość krzyżowa mocno sterczaca kształtu półksiężycowego, przyczepiona pod kątem rozwartym do głęboko ku przodowi wygiętych kręgów lędźwiowych z bardzo znacznem nachyleniem miednicy. Klatka piersiowa z tyłu kabłąkowata, z przodu płaska, okazuje wszystkie żebra plastycznie zaznaczone, pokryta cienką skórą. Szyja chuda nieco wydłużona, głowa duża, ku przodowi pochylona. Odżywienie jak najgorsze; wychudnienie takie, że nawet na powłokach brzusznych nie ma śladu podściółki tłuszczowej. W całem tego słowa znaczeniu pokrzywiony kościec, pokryty kredowato białą skórą, o nieprzyjemnem pergaminowem dotknięciu i niższej od normalnej ciepłocie (po 25 godzinach czynności porodowej ciepłota 36·8, tętno 94 nikłe, nitkowate). Ułożona do łóżka dawała w całości wrażenie trupa, w którego głowie świeciły się ciemne oczy; na stole operacyjnym zaś, gdy i te się zamknęły a nogi wyprostowały, miałem całkowite wrażenie, że robię cięcie cesarskie na nieżywej.

Brzuch mocno obwisły; macica dnem w środku między spojeniem łonowem i pępkiem pod kątem ostrym ku przodowi zagięta. Dolna część, wycieńczona i rozszerzona do ostatecznych możliwych granic, mieści nad spojeniem łonowem główkę przypartą, ruchoma i grzbiet dziecka, dając wobec cienkich powłok brzusznych wrażenie, jakby znajdowało się już w jamie brzusznej a nie w macicy. Powyżej zagięcia stercząca ku przodowi kula wielkości głowy, twarda tężcowo skurczona, wewnątrz której nic wybadać nie podobna, wyglądała tak, jak gdyby z dolnym odcinkiem żadnego nie miała związku i była samoistnym guzem w jamie brzusznej. Jedynie to tężcowe skurczenie z wyraźnym pierścieniem Bandla dowodziło, że jeszcze nie nastąpiło przedarcie macicy. Tętna płodu ani śladu ruchów chora od kilkunastu godzin nie czuje. Bliższe szczegóły co do przebiegu tego porodu podane przez męża wyjaśniły nieco sprawę. Otóż badana dostała pierwszych bólów porodowych 14. Grudnia rano; 15. około 2-giej godz. po południu odeszły wody a ponieważ dziecko się nie rodziło, więc po naradzie familijnej z akuszerką, widocznie zawodowo niezbyt wykształconą, posłano po lekarza do Stanisławowa. Ten dopiero polecił natychmiast odwieść chorą do kliniki we Lwowie, gdzie też przybyła 16. około $8^1/_2$ godz. rano.

Badanie wewnętrzne wykazało miednicę typowo osteomalatyczną z bezwzględnem ścieśnieniem. Wprowadzenie dwu palców niemożebne; jeden atoli wystarczył, aby dojść do każdego punktu linii granicznej. Najtrudniejszem było dostanie się do główki, pomimo zupełnie rozwartego ujścia macicznego wraz z pochwą do góry wyciągniętego. Główka przyparta odcinkiem do wchodu, pokryta dużem zfałdowanem przedgłowiem dała się łatwo posunąć do góry. Wśród badania odpływa trochę brudnej, cuchnącej wody płodowej.

Wymiary miednicy: *d. interspinal.* 20 cm, *inter-cristalis* 30 cm., *conj. extr.* 16·5, *vera* 5·6 cm., długość dziuba 2·5. Odległość spojenia łonowego od najdalszego punktu linii granicznej po prawej i po lewej po 10 cm.



Połowa naturalnej wielkości.

Ciekawszym od samej miednicy był kształt chorej, zdjęty z natury z tyłu, w pozycyi stojącej, który tu załączam.

(Figura na stronie następnej).

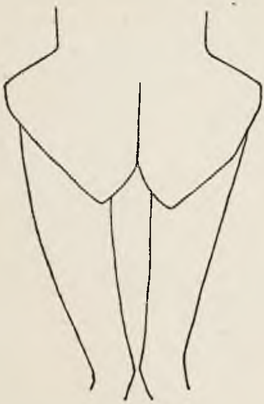
Rozpoznanie: Poród zaniedbany, położenie czaszkowe II. nieustalone, niebawem grożące przedarcie macicy, obok miednicy osteomalatycznej w najwyższym stopniu ścieśnionej; bezwzględne wskazanie do cięcia cesarskiego.

Przyznaję się, że miałem wielką ochotę spróbować kraniotomii, gdyż wierny obraz, który przedstawiłem, nie mógł mnie zachęcać do psucia sobie pomyślnej statystyki cięć cesarskich, w dodatku wobec dziecka na pewno dawno nieżywego, atoli o wprowadzeniu jakichkolwiek narzędzi mowy być nie mogło. Stanąłem więc przed koniecznością wykonania cięcia cesarskiego, metodą już w tym przypadku bezwzględnie Porry i to w okolicznościach dla operacyi, jak tylko można najniekorzystniejszych.

Po mnie zbadał chorą mój wierny towarzysz cięć cesarskich, Dr. Jan Rosner z Francensbadu a jego poważna mina i ponure milczenie tak mnie jasno przekonały, że jednako na ten przypadek się zapatrujemy, iż wydałem zaraz polecenie przygotowania i bez dalszej zwłoki przystąpi-

łem do operacyi, której tym razem doprawdy brakło tego humoru dobrego, jaki nam towarzyszy zawsze przy operowaniu z asystencyą wyborną i znającą się nawzajem doskonale.

Otwarcie jamy brzusznej nie przedstawiało nic ciekawego. Macica wytoczona bardzo łatwo zatrzymuje zupełnie swój kształt przodozgięcia bardzo wyraźnego. Szyja nadmier-



nie rozszerzona, cieniutka, mieści prawie cały płód, którego części doskonale markowane. Dren założono na szyi macicznej poniżej główki i dokładnie go zapętlono. Cięcie od dna macicy nożyczkami rozszerzono ku dołowi przez miąższ szyi i wydobycie płodu i popłodu. Krwawienie nieznaczne. Żadnych śladów skurczów macicy, szyja wyglądała jak duży, próżny kapciuch. Podwiązanie tętnicy macicznej i perymetryów, bardzo dokładnie i starannie z użyciem igły Dechampsa z obawy przed najmniejszym nawet krwotokiem. Dla skrócenia operacyi nie zakładałem ligatur w dwóch rzędach, lecz część do macicy należną chwyciłem szczypczykami i pomost między ligaturą a szczypczykami przepalałem termokauterem Pacquelina. W podobny sposób usunąłem jajnik. Po drugiej stronie pozostawiłem jajnik, gdyż stan chorej wymagał pośpiechu. Podwiązywanie częściami, nie *en masse*, trwać musiało dłużej i nawet w tym przypadku o kilka minut przedłużyło zwykły czas trwania operacyi. Ma ono atoli tę zaletę, że odcięcie samej macicy jest wygodniejsze; pozostają dwa równe płaty otrzewny, bardzo łatwe do spojenia z kikutem szyi macicy w celu zamknięcia jamy otrzewny. Nastąpiło odcięcie macicy w szyi, zaciągnięcie jeszcze dokładniejsze drenu, opatrzenie przypiekadłem kikuta, tym razem bardzo grubego, obszycie go otrzewną i zespojenie całej rany otrzewny jednym szwem ciągłym, jedwabnym. Zaszycie powłok brzusznych 10 szwami węzełkowymi, umocowanie kikuta dwoma dużemi igłami na zewnątrz, posypanie jodoformem i opatrunek zwykły. Operacya wraz z chloroformowaniem i opatrunkiem trwała 55 minut.

Płód nieżywy, ciężaru 1500 gramów, długość 36 cm., główka: wymiar prosty 9·5, poprzeczny 6·5 i 6, ukośny 10·5, obwód 30 cm., od prawej ku lewej spłaszczona kość potylicowa pod bocznemi, boczna lewa nad prawą. Na bocznej lewej przedgłowie. Łożysko: długość 15, szerokość 12 cm., 300 grm., długość pępowiny 41 cm.

Po wyjściu z narkozy 4 razy wymioty, podano koniak z herbatą. Wieczór ciepłota 36·5, tętno 128, pragnienie, mocz odprowadzono.

17. Grudnia ciepłota 36·4 i 37·0, tętno 108 i 120, stan dobry.

18. Grudnia boleści w brzuchu, *tra opii;* sama mocz oddała, ciepłota 36·5, tętno 98.

19. Grudnia ciepłota 36·7 i 37·0, tętno 120, pragnienie.

20. Grudnia ciepłota 36·4 i 37·0, tętno 126 i 120, rosół z żółtkiem, wino, koniak, stan dobry.

21. Grudnia ciepłota 36·4 i 38, tętno 120 i 128. Zmiana opatrunku, gojenie się *per primam*, lawatywa, 3 stolce.

22. Grudnia ciepłota 37·8 i 37·4, tętno 132 i 120.

23. Grudnia ciepłota 37 i 38·6, tętno 130, stolec dobrowolny, opatrunek tak zesunięty, że go odnowiono. Kikut posypano dermatolem.

24. Grudnia ciepłota 37·4 i 39·2, tętno 132, ból przy oddawaniu moczu, rozbiór tegoż okazuje *cystitis. Anasarca* lewej nogi.

25. Grudnia ciepłota 37·8 i 38·5, tętno 112, salol, ból w okolicy żołądka.

25. Grudnia ciepłota 38 i 38·8, tętno 126. Zmiana opatrunku, z którym odpadł kikut. Sześć szwów usunięto, z powodu *bronchitis* podano senegę.

28. Grudnia. Odtąd temperatura prawidłowa. 30. wydobyto resztę szwów, wszystko zgojone. Ranę po odpadłym kikucie pomazywano *kali caustico.* Chora zaczyna się odżywiać. 8. Stycznia 1895. na kości krzyżowej odleżyna wielkości centa bez znaczenia. 13. Stycznia rano dreszcz; ciepłota 39·5. influenca, która wkrótce minęła. Chora wstaje potrochę, apetyt dobry, bóle w krzyżach prawie ustały. Z powodu zimna, koniecznej potrzeby odżywienia i manipulacyi biurowej w celu wydalenia chorej, pozostawała w szpitalu aż do dnia 16. Lutego, w którym ją wypuszczono.

Przebieg więc był zupełnie prawidłowy, bez reakcyi; zagojenie rany przez pierwozrost. Jako przypadkowe powikłanie mały nieżyt pęcherza i influenca w stadyum rekonwalescencyi.

III. Z zakładu higienicznego prof. O. Bujwida w Krakowie.

O powietrzu zakaźnem.

Podał

Dr. Leopold Haim,

sekundaryusz szpitala św. Łazarza.

Choroby zakaźne znano już w zamierzchłej starożytności a za przyczynę ich uważano gniew bogów, który starano się przebłagać za pomocą rozmaitych praktyk religijnych. Kapłani jako pośrednicy między Bogiem a ludźmi byli zarazem lekarzami; w ich mocy było bóstwo przejednać, albo nakłonić do wywarcia swej zemsty na grzesznej ludzkości (Homer I. Księga). Oni jedynie zajmowali się nauką, używali największego miru między ludem i tworzyli kastę uprzywilejowaną. Tak było w pierwszych okresach u Greków, dalej u Egipcyan, Indyan i Żydów. W A-jur-Veda, dziele lekarskiem staro-indyjskiem i w piśmie świętem odróżnić można dwie formy chorób zakaźnych: 1) ostre, jak dżuma, czarne krosty i t. d. i 2) chroniczne, jak wiewiór, kiła, trąd, świerzb,

parchy i t. d. Co do tych ostatnich, spotykamy w piśmie świętem, w Księdze *leviticus*, rozmaite przepisy sanitarne, w celu zapobieżenia rozszerzeniu się trądu i innych chorób zakaźnych. Przepisy te w zasadzie mało co różniące się od naszych mają za zadanie: 1) izolowanie chorych przez usunięcie ich z obrębu mieszkań ludzkich, 2) oczyszczenie mieszkań ich, 3) powstrzymanie się od spółkowania w kile i tryprze (według biblii płynienie nasienia). Obrzezanie zaś, które najwcześniej wykonywali Egipcyanie, później Żydzi a w średnich wiekach Arabowie, ma znaczenie profilaktyczno-dyetetyczne. Jak się zaś opiekowano chorymi zakażonymi, o tem nie ma żadnej wzmianki, to tylko pewna, że prócz kapłana-lekarza, nikt się do nich zbliżyć nie śmiał, nie chcąc, by go uważano za zapowietrzonego.

Grecy w tym względzie, podobnie jak i w innych naukach okazują więcej samodzielności, pojmowali oni bowiem przyrodę ze stanowiska filozoficznego. I u nich wprawdzie spotykamy podobne postępowanie sanitarne, jak oddzielenie chorych zakażonych na odludne wyspy, o czem świadczy historya Filokteta z czasów Homera, jednakowoż już około r. 500 przed Chr. uważano za przyczynę chorób zakaźnych nie gniew boży, lecz powietrze. Empedokles z Agrygentu, kapłan Apollina (boga chorób zakaźnych, Homer) lekarz, powstrzymał morowe powietrze, które Sirocco przynosił, przez zamknięcie szczeliny w górach, przez palenie wielkich ogni i kadzenie oddalił zarazę a do rzeki Hipsas, z której wydobywały się cuchnące wyziewy, doprowadził świeżą wodę. Hipokrates opisał choroby zakaźne w pismach περὶ ἐπιδημιῶν α καὶ γ i w περὶ κρίσεων. Był on pierwszy, który występuje przeciwko lekarzom-kapłanom, tłómacząc, że wszelkie zjawiska w przyrodzie, aczkolwiek boskie, lecz dzieją się według pewnych praw przyrody. Wiara zatem jego w gniew boży była luźną. Podobnie zapatrywali się na przyczynę chorób jego uczniowie, lecz bardzo ostrożnie swoje zdania wyjawiali z obawy, by ich podobny los nie spotkał, jak Sokratesa. Z tej też przyczyny dzieła lekarskie greckie, nie zastanawiają się nad przyczyną chorób, natomiast same choroby są bardzo dokładnie i praktycznie opisane. W pismach tych przebija poczucie piękna narodu greckiego; chorobę uważali oni za zakłócenie tego piękna życia a w leczeniu chodziło im o przywrócenie człowieka do normalnej piękności. Zalecali więc chorym środki takie, które najmniej zwróciły uwagi, zatem żaden lekarz nie pozwoliłby sobie zapisać n. p. dziegieć, albo siarkę, gdyż pogardzanoby nim powszechnie. Najbliższą zaś przyczyną chorób gorączkowych było, według ich pojęcia, gnicie kardynalnych cieczy, jak krwi, śluzu, czarnej i białej żółci. O szpitalach w starożytnej Grecyi i w Rzymie nic nie wiadomo.

Dopiero z chwilą rozszerzania się chrześciaństwa zmieniły się stosunki. Nauka Chrystusa, która wywołała u wszystkich narodów gwałtowne wstrząśnienia fizyczne i umysłowe, przyczyniła się do odrodzenia się ludzkości i do rozwoju jej pod względem miłości bliźniego i wolności. Aczkolwiek okres walk tych, zajmujący całe wieki średnie i część nowszych, dla medycyny nie ma takiego znaczenia a nawet nauki przyrodnicze upadły, bo upstrzone zabobonami, kabałą, guślarstwem i wieszczbiarstwem stały się ciemnemi i niezrozumiałemi, jednakowoż i okres ten nie pozostał bez wpływu.

Uzdrowienie trędowatego przez Chrystusa było wskazówką dla Chrześcian, że chorych zakażonych należy otoczyć troskliwą opieką, że się należy do nich zbliżyć a nie uciekać. Nie ulega wątpliwości, że w tym duchu działał św. Łukasz, lekarz, i apostoł św. Tomasz, którzy, głosząc wiarę Chrystusa w Azyi, pozakładał we wielu miejscach szkoły, gdzie z biegiem czasu wykładano także i *studia humaniosa* (t. j. autorów greckich), do których należała także medycyna. Obok tych szkół były schroniska dla chorych trędowatych, czyli szpitale epidemiczne. Podobnie jak dzisiaj, tak wówczas byli uczniowie tacy, którzy dla chleba kształcili się w medycynie. O nich patryarcha Sabaryesus tak się wyraża: *eos non doctrinae amor, sed ventris esuries vocaverat.* Sławny był szpital w Cezarei w Kapadocyi przez biskupa Bazylego około r. 370 po Chr. założony a drugi św. Pauly w Jerozolimie. Najwięcej zasłużyły się pod tym względem zakony, mianowicie Bracia Łazarzowi, Jeruzalemici, których głównem zadaniem była opieka nad chorymi. Szpitale te zwano *leprosseriae*. Trąd w średnich wiekach wskutek ciągłej styczności ze Wschodem dość często grasował po Europie, zabierał mnóstwo ofiar tak, że *leprosseriae* nie wystarczyły, skutkiem czego zawięzywały się świeckie stowarzyszenia braci i siostr miłosierdzia Lollhardów i Beghardów, którzy w czasie epidemii trądu lub innych chorób zakaźnych zakładali baraki dla chorych; z chwilą ustania epidemii rozwiązywały się te stowarzyszenia. Na choroby zakaźne zapatrywano się podobnie jak u Greków, mianowicie mniemano, że zakażenie następuje pod wpływem działania zatrutego t. zw. morowego powietrza a sławny Helmont z XVII. wieku powiada, że przyczyną dżumy jest *spiritus silvestris veneno tinctus.* Jad ten ma pochodzić albo od osób zadżumionych (*contagium*), albo z blot (*miasma*), albo też wytwarza się pierwotnie w człowieku. Sydenham twierdził, że choroby epidemiczne rozwijają się wskutek wyziewów ziemi, zanieczyszczających powietrze. Dopiero w nowszych czasach w miarę rozwoju bakteryologii, zmieniły się zapatrywania, a gruba mgła otaczająca wiedzę lekarską rozprasza się powoli.

Zachodzi pytanie, czy powietrze może być przyczyną chorób zakaźnych?

Bakterye do powietrza dostają się z powierzchni suchych. Jeżeli n. p. na jakimś przedmiocie zaschnie kolonia bakteryi i to na podłożu śluzowem lub białkowatem, po niejakim czasie zaschła kolonia staje się kruchszą i pod wpływem powiewu wiatru odrywają się drobne cząsteczki z powierzchni i unoszą się w powietrze. Bakterye więc dostają się do powietrza albo z mineralnemi cząsteczkami kurzu, albo kolonie dostają się do powietrza z całem podłożem, n. p. z włókienkami odzieży, albo też bakterye unoszą się same w powietrze z plwocin, stolców i t. d. Obok bakteryj są w powietrzu i pleśnie, które zachowaniem się swojem różnią się wiele od bakteryj:

1) Bakterye unoszą się rzadko odosobnione, zwykle w koloniach; pleśnie, rozwijając się na wilgotnem podłożu i wysterczając na zewnątrz, już za lekkiem wiatru powiewem jako nadzwyczaj lekkie odrywają się i odosobnione unoszą się w powietrzu.

2) Pleśnie zasuszone mogą długo unosić się po powietrzu, nie tracąc wcale na swej zdolności do życia; bakterye zaś zasuszone giną po pewnym czasie, jak choleryczne, błonicze, albo też własności ich żywotne słabną znacznie.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. O racyonalnem przepisywaniu szkieł w anizometropii (w nierównej refrakcyi ócz).

Podał
Doc. Dr. Franciszek Sroczyński.

(Dokończenie. Patrz Nr. 19).

Prawo to tłómaczy ze ścisłością doświadczenia fizyologicznego, dlaczego dwuwidzenie w wspomnianem doświadczeniu występowało tylko w kierunku pionowym, w tem także leży klucz do zrozumienia okoliczności, że oczy moje, które nie znosiły korekcyi anizometropii w zwykłych stosunkach, przy czytaniu, gdzie rozchodzi się o najwydatniejsze ruchy ócz w kierunku poziomym, czuły się względnie swobodne. Nie dość na tem, cała grupa faktów pokrewnych a dawniej zagadkowych, staje się nagle jasną i zrozumiałą. Zdawna wiedzieli o tem okuliści, jak niejednostajnie oddziaływują pacyenci na szkła walcowate z różnicą co do siły łamiącej na obu oczach nawet wtedy, gdy osie szkieł przebiegają ściśle równolegle. Jedni w pierwszej chwili zaraz zachwyceni są swojemi szkłami, gdy inni przy tej samej różnicy szkieł i ścisłości oznaczenia nie mogą nawyknąć do swych okularów. Odkąd na te stosunki zacząłem baczniejszą zwracać uwagę, przekonałem się, że zgodnie z powyższem prawem ci tylko nie znoszą różnej siły cylindrów o osiach równoległych, u których osie szkieł z natury astygmatyzmu musiały leżeć poziomo, w tych okolicznościach bowiem działanie optyczne a więc i pryzmatyczne szkieł zwraca się wyłącznie przeciw najmniej podolnym mięśniom (dźwigacze górne i dolne); na odwrót zaś znajdziemy, że tam, gdzie osie różnych co do siły cylindrów przebiegają pionowo, gdzie zatem wchodzą w grę mięśnie proste wewnętrzne i zewnętrzne, korekcya anizometropii nie sprawia najmniejszych dolegliwości.

Sądzę, że przytoczony szereg doświadczeń i okoliczności uprawnia mnie najzupełniej do wypowiedzenia twierdzenia, że przyczyną nieznoszenia szkieł o większej różnicy łamliwości nie tkwi w różnej wielkości obrazkach, ale w działaniu pryzmatycznem różnicy szkieł, któremu już fizyologicznie niektóre mięśnie oczne podołać nie są w stanie.

Jeżeli wniosek ten jest słuszny, powinien on wytrzymać próbę *experimenti crucis*. Znieśmy nadmiar działania pryzmatycznego soczewki silniejszej zapomocą odpowiedniego pryzmatu, choćby tylko w tym odcinku szkła, który działa na najmniej podolny mięsień oczny (z reguły dźwigacz górny), jeżeli to jest soczewka wklęsła zapomocą pryzmatu zwróconego kątem łamiącym ku dołowi, aby zneutralizować dolną połowę szkła i ułóżmy teraz szkła tak, by chory patrzał tylko przez te połowy, wówczas powinny ustąpić objawy przykre, jak dwuwidzenie, zawrót głowy i dezoryentacya. Urządziłem doświadczenie w ten sposób i przekonałem się, że tak jest istotnie. Od pierwszej zaraz chwili, ale i na później, nie doznawałem najmniejszych przykrych objawów, powracały one dopiero wtedy, gdym umyślnie patrzał przez górne połowy szkieł, gdzie naturalnie użyty pryzmat zwiększał działanie pryzmatyczne. W mojem doświadczeniu wystarczał do tego już bardzo słaby pryzmat 1^0, co odpowiadało 2 dyoptryom różnicy.

Tak więc idąc najrozmaitszemi drogami dochodzimy ciągle do jednego wyniku, że przyczyna nieznoszenia szkieł różnych tkwi tylko w działaniu pryzmatycznem optycznej różnicy; ponieważ zaś działanie to pozostaje w ścisłym związku z podolnością mięśni ruchowych gałki, przeto cała sprawa korekcyi anizometropii schodzi do kwestyi podolności mięśni ocznych. Podolność ta nie u wszystkich osób jest jednaką, zależy ona przedewszystkiem od wrodzonego stanu unerwienia, być może i od siły względnej mięśni a także od wieku i od ćwiczenia. U osób młodych znajdywałem w ogóle wyższe wartości dla pryzmatów, które oczy jeszcze przezwyciężają, w kilku przypadkach przezwyciężali badani jeszcze pryzmat 5^0 kątem łamiącym zwrócony ku górze. Z wiekiem zdolność ta maleje tak, że już w średnim wieku wiele osób nawet pryzmatu 1^0 ku górze znieść bez dwuwidzenia nie może. Ćwiczeniem można do pewnego stopnia rozszerzyć granice podolności, ale tylko do pewnej indywidualnie stałej granicy, zależnej od specyalnych stosunków unerwienia pewnych grup mięśni ocznych.

Dla sprawy korekcyi anizometropii zachowanie się to jest decydującem. Znając granice podolności w danym przypadku, nie będziemy już odtąd zmuszeni postępywać na oślep, zawierzać ślepo nieznanej sile przyzwyczajenia lub naodwrót odmawiać z zasady szkieł wyrównywujących wadę: badanie poprzednie pryzmatami pozwoli nam z góry określić, czy dane indywiduum zniesie pewną różnicę szkieł, lub nie. Trzebaby tylko znać wartość pryzmatyczną danej jednostki siły łamiącej szkła. Z doświadczeń moich wynika, że dwom dyoptryom soczewki wklęsłej lub wypukłej odpowiada pryzmat 1^0. Kto więc w kierunku najmniej podolnego mięśnia znosi najwyżej tylko pryzmat 1^0, ten już przy różnicy dwóch dyoptryj szkieł wyczerpałby cały zapas energii odpowiednich mięśni, szkieł więc takich znosić nie byłby w stanie. Na odwrót tam, gdzie badanie wykaże szersze granic podolności ponad wartość pryzmatyczną różnicy szkieł, tam można być pewnym, że szkła odpowiednie będą dobrze znoszone. Postępując od $1/2$ roku wedle tych zasad nie znalazłem przypadku, gdzieby mię ta wskazówka w rachubie mojej zawiodła. W ten sposób mogłem w kilku przypadkach wyrównać różnicę refrakcyi aż do 6 dyoptryj bez wywołania najmniejszych dolegliwości.

Dla przypadków z niską podolnością mięśni ocznych w stosunku do różnicy szkieł neutralizujących należy pójść inną drogą. Ponieważ osoby takie nie znoszą już słabych pryzmatów, należałoby im działanie pryzmatyczne szkła silniejszego zmniejszyć do granicy dla nich dostępnej. W praktyce należałoby polecić optykowi soczewkę skombinowaną z odpowiednim pryzmatem wykroić z większego szkła tak, aby do widzenia zużytkowaną być mogła tylko część szkła zneutralizowana. W ten sposób możnaby niezawodnie równoważyć nawet wyższe stopnie anizometropii, uwzględniając, że tam, gdzieby pryzmat neutralizujący musiał być dość silny, możnaby nie zwiększając zbytnio grubości szkła, rozdzielić go w równej połowie na obie soczewki, zmniejszając działanie pryzmatyczne soczewki silniejszej a zwiększając je w szkle słabszem. Najwyższe stopnie anizometropii, nabyte n. p. po jednostronnej operacyi zaćmy, niewątpliwie nie nadają się do tego sposobu, już choćby ze względu na to, że sama soczewka korekcyjna przedstawia tu już pokaźną grubość, która zwiększyłaby się nadto jeszcze o grubość pryzmatu.

Streszczając wynik swych dochodzeń, możemy powiedzieć:

1) Przyczyną nieznoszenia szkieł neutralizujących różnicę refrakcyi, nie jest ani różnica w wielkości obrazków, ani zmiana stosunków akomodacyi, ale jedynie działanie pryzmatyczne szkła silniejszego.

2) Ponieważ zdolność przezwyciężania pryzmatu indywidualnie jest różna, przeto w korekcyi anizometropii należy również indywidualizować. Rozstrzyga tu poprzednie badanie podolności mięśniowej zapomocą pryzmatów, przyczem pamiętać należy, że tylko tam znaczniejsza różnica w sile łamiącej szkieł będzie znoszoną bezkarnie, gdzie granice podolności nawet w kierunku mięśni pr. górnych i dolnych przewyższać będą działanie pryzmatyczne różnicy szkieł.

3) W przypadkach anizometropii z astygmatyzmem, gdzie osie szkieł walcowatych stoją pionowo, można być z góry pewnym, że szkła będą znoszone bez żadnych niedogodności.

4) Tam wreszcie, gdzie badanie wykazuje niskie granice podolności mięśniowej, można się pokusić o neutralizowanie różnicy refrakcyi przez przepisanie szkieł z wyrównanem częściowo działaniem pryzmatycznem.

V. Oceny i sprawozdania.

Ginekologia.

R. Temeszvary: **Nieprawidłowości w wydzielaniu się mleka.**

Zmiany w wydzielaniu się mleka z sutków u kobiet odnoszą się do: 1) okresu wystąpienia, 2) czasu trwania, 3) ilości wydzieliny, 4) jej składu.

Potwierdzeniem teoryi Darwina, że sutki u mężczyzn są zupełnie analogicznie do sutków u kobiet zbudowane z gruczołów nie rozwiniętych w stosunkach fizyologicznych i nie funkcyonujących, są znane z literatury przypadki wydzielania się mleka u mężczyzn tak ilościowo, jak i jakościowo nie różniącego się od mleka kobiet.

Właściwa funkcya gruczołów piersiowych kobiet zaczyna się podczas ciąży i trwa przez cały okres karmienia. Lecz wydzielanie się mleka z piersi u kobiety występuje nader często po za okresem czasu wyż wspomnianym z powodu chorób macicy, jajników, urojonej ciąży, zmian w miesiączkowaniu a nawet u zupełnie zdrowych dziewcząt w okresie płciowego dojrzewania. Nagromadzony pokarm przy odpowiednem drażnieniu brodawek wydzielać się może z piersi 10—15 lat, co bardzo często wydarza się u kobiet z rasy Eskimosów, Indyan północno-amerykańskich i wielu innych dzikich plemion.

Co do ilości wydzieliny z gruczołów piersiowych u kobiet, to autor odróżnia dwa stany niefizyologiczne: nadmiar i brak pokarmu.

Nadmiar mleka *(polygalactia)* trwać może całymi miesiącami jako mlekotok *(galactorrhoë)* nawet mimo odłączenia dziecka, wywołuje znaczne osłabienie, wyniszczenie, niedokrewność, bicie serca; gruczoły mleczne a nawet całe sutki są miękkie bez czucia. Leczenie ma polegać na ograniczeniu potraw i napojów, wywoływaniu obfitych stolców, ucisku na sutki, zadawaniu wewnętrznie jodku potasu a zewnętrznie miejscowo wilczej jagody.

Zupełny brak pokarmu, jeżeli jest stałym, polega na nieprawidłowym rozwoju, zaniku, lub stłuszczeniu gruczołów mlecznych sutków.

Czasowy zupełny brak mleka *(suppressio lactis)* wywołany jest wpływami psychicznemi, zmartwieniami, troskami, obawą a pod wpływem środków leczniczych *(galactogoga)*, systematycznego stosowania przyrządów ssących, słabego prądu elektrycznego przerywanego, ilość wydzielin sutkowych zwiększa się stale lub przemijająco.

Niezupełny brak wydzieliny mleka, t. j. wydzielania się w ilości niewystarczającej do odżywienia dziecka, wydarza się u kobiet po częstych porodach w nieodpowiednich stosunkach hygieniczno-odżywczych, jakoteż po przebyciu chorób zakaźnych lub w razie ciężkich chorób, wywołujących ogólnę cherę.

Co do jakości wydzieliny z gruczołów sutkowych, to skład jej zależy od ilości cukru, białka i tłuszczu. Do niekorzystnych dla odżywienia dziecka wydzielin zalicza autor: 1) mleka gorzkie, wywołane chorobami wątroby, 2) mleka słone, 3) mleka zabarwione drobnoustrojami na niebiesko, żółto i zielono, 4) mleko okazujące skłonności do kiśnienia, co jest w ścisłym przyczynowym związku z nadmierną kwasotą żołądka matek, 5) mleka zawierające wydzielinę ropną skutkiem spraw zapalnych w gruczołach mlecznych, 6) mleka zawierające wydzielinę krwawą.

Autor roztrząsa szczegółowo krwawą wydzielinę gruczołów sutkowych u kobiet i wykazuje jako okoliczności etyologiczne tej zmiany następujące sprawy chorobowe: 1) zranienie i owrzodzenie tak sutków jak brodawek natury bądź urazowej bądź zapalnej, 2) sprawy nowotworowe, 3) zastępcze krwawienie miesięczne, występujące u młodych kobiet cierpiących na blednicę, nieregularne lub bolesne miesiączkowanie, w odstępach czasu 3—4 tygodniowych i to zwyczajnie z obu sutków w czasie tym znacznie obrzmiałych i bolesnych. Krwotoki te nie zawsze pokazują się na zewnątrz brodawkami w formie płynnej, lecz nader często istnieją w formie wynaczynień do tkanki podskórnej gruczołów piersiowych a nieraz tak obfitych, że mogą wywołać objawy ostrej niedokrwevności. 4) *Lactatio serotina* Landaua, występująca u kobiet zupełnie zdrowych w parę lat po odstawieniu dziecka od piersi a wydzielina z sutków zawiera kulki tłuszczu, siary i krew. 5) Fritsch i Halm opisują występowanie wydzieliny krwawej w okresie zwrotu płciowego *(climacterium)* z powodu przedwczesnego zwijania się części płciowych. 6) Autor opisuje obserwowane dwa przypadki krwawień piersiowych, w jednym przypadku obustronne u karmiącej, w drugim jednostronne w rok po odstawieniu, gdzie przez wykluczenie innych okoliczności etyologicznych za przyczynę uważa zmianę w naczyniach włosowatych otaczających pęcherzyki gruczołów mlecznych, dozwalającą przez rozstęp *(per diapedesim)* przejście surowicy krwi do przewodów mlecznych. *(Wiener Medizinische Wochenschrift.* Nr. 49. 50. 51. 1884.

Dr. B. Komorowski.

Choroby dzieci.

Escherich: **Nowy sposób sztucznego żywienia osesków za pomocą Gaertnerowskiego mleka tłustego**

G. Gaertner: **O sposobie przyrządzania mleka tłustego.**

Wszystkie usiłowania sztucznego żywienia osesków mlekiem krowiem mają przedewszystkiem na celu mleko to uczynić, o ile możności jak najwięcej zbliżonem do mleka kobiecego, zdążają więc do wyrównania różnic między temi mlekami tak pod względem jakościowym jak ilościowym w stosunku składników. Mleko krowie zawiera w porównaniu z mlekiem kobiecem blisko dwa razy więcej sernika, mniej zaś tłuszczu i mniej cukru. Tych wielkich ilości sernika dziecko strawić nie może; roztwarzamy więc mleko wodą, aby zmniejszyć procentową ilość sernika, ale przez to właśnie zmniejszamy jeszcze więcej już i tak skąpą ilość tłuszczu i cukru. Aby więc temu zapobiedz, aby uzyskać mleko z mniejsza ilością białka a z odpowiednim stosunkiem tłuszczu, polecił Biedert już dawniej swoją mięszankę śmietankową *(Rahmgemenge)*, która mimo swoich wielkich zalet przedstawia i pewne wady a mianowicie niebezpieczeństwo zakażenia drobnoustrojami w czasie odstawania się śmietanki. Nie mogą też odpowiedzieć temu zadaniu drogie a niepewne konserwy i reklamowane sztuczne przetwory. Gartnerowi

udało się ominąć te wszelkie trudności przez uzyskanie mleka o dowolnym składzie, t. j. o dowolnej ilości tłuszczu i kazeiny. W tym celu posługuje on się centryfugą Pfannhausera używaną w dużych gospodarstwach mlecznych do szybkiego uzyskania śmietanki. Za pomocą tej centryfugi przez nader szybki jej obrót można mleko na warstwy rozdzielić, gdyż cięższe cząsteczki mleka a więc kazeina osiadają, jak najdalej od środka osi, najlżejsze a więc tłuszcz najbliżej i zapomocą odpowiednich przewodów odprowadzić mleko chude lub śmietankę. Aby więc uzyskać swoje mleko, rozrzedza Gartner najpierw niezbierane mleko krowie wodą (aby zmniejszyć ilość białka), następnie zapomocą tej centryfugi może uzyskać dowolnie mleko zupełnie chude lub tłuste, w ogóle mleko o pewnej ilości białka i o dowolnej ilości tłuszczu.

W ten sposób otrzymano mleko o 3% tłuszczu a o połowie ilości sernika mleka krowiego (t. j. około $1\frac{1}{2}$%) czyli mleko składem swojem bardzo do mleka kobiecego zbliżone i mleka tego nazwanego *Fettmilch* próbowano w klinice chorób dziecięcych prof. Eschericha w Gracu. Mianowicie podawano go oseskom w odpowiedniej dawce, poprzednio wyjałowione w aparacie Soxhleta i przekonano się, że mleko to chętnie piją dzieci. Stolce są wolniejsze, jednostajne i wejrzeniem do stolców dzieci piersią matki karmionych zbliżone, nie zdarzają się zaparcia, ani też bryłki sernika niestrawionego. Dzieci znosiły więc ten sposób żywienia dobrze i zyskiwały odpowiednio na wadze. Wobec tego Escherich stawia to mleko ponad inne dotąd używane mięszaniny i zachęca do podawania go oseskom sztucznie żywionym. (*Wiener Med. Wochschr.* 44. 8894). *Dr. Raczyński.*

Medycyna sądowa.

Hofmann: **O wynaczynionkach poza aortą piersiową.**

Jak wiadomo, zwrócił niedawno Kratter uwagę na rozległe wynaczynionki w śródpiersiu tylnem i na tylnej ścianie aorty w przypadkach śmierci z uduszenia, których nie dostrzegł tylko w zwłokach dzieci zmarłych z uduszenia i u dorosłych uduszonych w ścisku lub przywalonych n. p. gruzami. Kratter podał nadto domniemany mechanizm powstawania tych wynaczynionek. Choć wielce przekonywującymi wydawały się wywody Krattera, okazują się one przecież nieprawdziwymi, jak to wynika z badań H. dokonanych na 345 zwłokach.

H. wykazał, że wynaczynionki powyższe znachodzą się nie tylko u dorosłych ale i u dzieci, nie tylko u uduszonych w zwykły sposób ale i u zasypanych, wreszcie, że się je widzi niemal we wszystkich zwłokach ludzi zmarłych śmiercią nagłą, u których zatem pozostaje krew w znacznej ilości i płynna. Tak więc tracą na mocy ścisłych badań H. te wynaczynionki owe doniosłe znaczenie rozpoznawcze jakie im przypisywał Kratter. Co ważniejsza, wynaczynionki te, znajdujące się na tylnej ścianie aorty piersiowej i to w jej dolnej części zrazu nie są widoczne pod otrzewną a występują dopiero wówczas, gdy narządy klatki piersiowej wyjmie się w zwykły sposób przez pociąganie za krtań; wynaczynionki te mieszczą się w luźnej tkance zaopłucnowej i dają się z łatwością usunąć przez zmycie wodą lub wyciśnięcie krwi. Jednem słowem, okazuje się dowodnie, że wynaczynionki powyższe nie powstały za życia, lecz po śmierci i że one są sztuczne, t. j. powstają przez pękanie drobnych naczyń przy wydobywaniu podczas sekcyi trzew z klatki piersiowej. W końcu przyznaje H., że podobne wynaczynionki powstają i za życia i sam wylicza trzy podobne przypadki z własnego doświadczenia, są to jednak znane wynaczynionki podsurowicze, charakterystyczne dla śmierci z uduszenia, których powstanie nie jest dotąd jeszcze wyjaśnione a już bynajmniej przez mechanizm podany przez Krattera.

H. sądzi, że na powstanie wynaczynionek wpływa także przepona, która w okresie drgawek w czasie duszenia, kurczy się, zaciska aortę, tem samem zwiększa parcie i zastoinę w naczyniach klatki piersiowej i w ten sposób ułatwia pękanie drobnych naczyń krwionośnych. Tłomaczenie powyższe popierają przypadki śmierci z przejechania, tężca, padaczki i t. d., w których aorta musi ulegać uciśnięciu i zwężeniu. (*Vierteljschr. f. ger. Med.* 1895. Z. 2). *Wachholz.*

Dittrich: **O wrodzonym ubytku skóry ciemienia noworodka, uważanym pierwotnie za uszkodzenie cielesne.**

Do przypadków wrodzonego ubytku skóry na czaszkach noworodków, opisanych przez Hebrę i Hofmanna, dołącza autor dwa nowe, z których w jednym ubytek miał 2 cm. długości a 1·7 cm. szerokości, w drugim zaś $2\frac{1}{2}$ cm. długości a $1\frac{1}{2}$ cm. szerokości. Oba tyczyły się skóry pokrywającej kości ciemieniowe i początkowo były uważane za uszkodzenia ciała zadane po urodzeniu się. U jednego z noworodków tych okazujących owe ubytki był wrodzony *mikrophthalmus.* (*Vierteljschr. f. ger. Med.* 1895. Z. 2). *Wachholz.*

Zapiski terapeutyczne.

63. Bruns: W sprawie leczenia raka surowicą róży (z kliniki chirurgicznej w Tybindze). Artykuł Emmericha i Scholla pod tytułem: Doświadczenia kliniczne nad leczeniem raka surowicą swoistą (surowica róży), niedawno ogłoszony (patrz nr. 18. *Przegl. lek.* z r. b.) zrobił wrażenie, ponieważ na podstawie swych doświadczeń, lubo nielicznych, na chorych, przychodzą autorowie do wniosku, iż w surowicy róży znaleźli środek swoisty na raka, środek bezpieczny i nie działający ubocznie szkodliwie.

Autor otrzymawszy od prof. Emmericha jego surowicę doświadczał jej w swej klinice na sześciu chorych, rezultat wszakże tych prób nie wypadł niestety zgodnie z rezultatami uzyskanemi przez Emmericha i Scholla.

Do prób tych autor wziął się tem chętniej, iż w jednym przypadku nader złośliwego nowotworu (*melanosarcoma mammae*) widział po przebyciu róży zupełne wyleczenie.

Doświadczenia autora obejmują sześć przypadków, mianowicie 4 raka, jeden mięsaka i jeden złośliwego chłoniaka (*lymphoma malignum*). We wszystkich przypadkach zbadano nowotwory mikroskopijnie przed wstrzyknięciem surowicy rzeczonej.

W pierwszym przypadku raka u mężczyzny 57-letniego zrobiono sześć wstrzykiwań, za każdym razem po 1 do 3 cm.^{3} surowicy. Oddziaływanie miejscowe było nieznaczne; temperatura doszła po 1 cm.^{3} do 37·4, po 2 cm.^{3} do 38·7, po 3 cm.^{3} do 40·1. Stan ogólny zmienił się mało. Nowotwór nie zmniejszył się.

W drugim przypadku zrobiono trzy wstrzykiwania: 2, 3 i 4 cm.^{3} Temperatura doszła do 38·7. Ponieważ w moczu ukazało się białko i dużo wałeczków ziarnistych, przerwano leczenie.

W trzecim przypadku raka u mężczyzny 29 lat liczącego wstrzyknięto w nowotwór surowicę 8 razy, zaczynając od 1 cm.^{3} i postępując codziennie również o 1 cm.^{3} Po 7. i 8. wstrzyknięciu pojawiła się gorączka znaczna, do 40.4 dochodząca obok ogólnych zboczeń w ustroju, bólu głowy, wielkiej tkliwości nowotworu, gwałtownych bólów we wszystkich mięśniach i stawach. Gorączka utrzymywała się jeszcze przez 8 dni a bóle w kończynach nawet dłużej po zaprzestaniu wstrzykiwań. Nowotwór, który podczas oddziaływania nieco zmiękł, wrócił do dawnego stanu i wcale nie zmniejszył się.

W czwartym przypadku raka sutka z przerzutami u kobiety 47-letniej wstrzyknięto w ciągu 5 tygodni na 20 zawodów razem 123 cm.^{3}, poczynając od 1 cm.^{3} a dochodząc do 16 cm.^{3} Z początku nie było po małych dawkach żadnej znaczniejszej reakcyi, dopiero po wstrzyknięciu 12 i 15 cm.^{3} doszła temperatura do 38·9 a prócz tego po wstrzyknięciu 16 cm.^{3} w dwie minuty wystąpił napad znacznej duszności z bardzo mocną sinicą na twarzy, tętnem słabem, nieregularnem i bardzo przyśpieszonem (120 do 130). Napad ten minął wprawdzie po kwadransie, pozostawiając po sobie ból głowy i uczucie ogólnego osłabienia, wkrótce jednak przyszło

do krwotoku z nosa i kilkakrotnych wymiotów. Wieczorna temperatura 39·8. Podobny napad pojawił się, gdy po kilku dniach choroby wstrzyknięto znów 6 cm.³ surowicy. Przerwano przeto leczenie. Nowotwór nie zmniejszył się wcale a w kilka tygodni później przyszła wiadomość, iż stan chorej pogorszył się znacznie i że wystąpił nowy przerzut.

W piątym przypadku, tyczącym się mięsaka, zrobiono 20 wstrzykiwań, zużywszy do nich 80 cm. surowicy, której największa dawka jednorazowa wyniosła 10 cm.³ Kilka razy zaraz po wstrzyknięciu wystąpiły bezdech, sinica na twarzy, przyśpieszenie tętna i wymioty. Nowotwór po tem leczeniu nie tylko się nie zmniejszył, ale nawet powiększył.

W szóstym przypadku złośliwego chłoniaka u dziewczynki 6-letniej wstrzyknięto na 17 zawodów 36 cm.³ surowicy. Dwa razy po użyciu 1 i 2 cm.³ wystąpiła duszność i podobne, jak w czwartym i piątym przypadku objawy. Skutku nie było na nowotwór żadnego.

Z spostrzeżeń tych wypada, że w żadnym przypadku nie było wpływu na wzrost nowotworu, natomiast występowały nieraz groźne przypady ogólne, mające swe źródło najpodobniej do prawdy w niewyjałowieniu użytej surowicy, zaczem przemawia jałowienie jej na zimno i badanie bakteryologiczne w zakładzie anatomiczno-patologicznym w Tybindze.

Autor ogłaszając swój artykuł nie myśli przemawiać przeciwko dalszym próbom leczenia raka tym sposobem, lecz zwraca tylko uwagę na ich niebezpieczeństwo i brak skutku. Jeżeli przeto można nowotwór usunąć przez operacyą, nie należy tracić czasu na próby ze surowicą. *(Deutsche med. Wochenschrift.* 16. Maja 1895).

64. W. Petersen: Kilka uwag krytycznych nad leczeniem raka surowicą w sposób podany przez Emmericha i Scholla. Gdy przed kilkoma laty minął obłęd z tuberkuliną i cała sprawa mimo swej ważności naukowej zrobiła pod względem praktycznym najzupełniejsze fiasko, zachwiało się zaufanie publiczności do pewności umiejętnych badań lekarskich. Wypadła ztąd ta nauka moralna, że jeżeli leczenie swoiste chorób zakaźnych ma się rozwijać pomyślnie, to pierwszym jest tego warunkiem, ażeby ze swemi rezultatami występować publicznie dopiero po jak najdokładniejszem i najściślejszem zbadaniu rzeczy pod względem tak teoretycznym jak i klinicznym. Tą drogą poszedł Behring i zdaje się, że twierdzenia jego, jakkolwiek nie w zupełności, sprawdziły się przez badania kliniczne innych w najgłówniejszych szczegółach.

Takie umiarkowanie było konieczne w zachwalaniu środka swoistego przeciw chorobie, jak n. p rak, którego i etyologia jest zupełnie ciemna i którego przebieg właściwy pozwala dopiero po latach sądzić o rzeczywistem wyleczeniu. Autor przeczytał z wielkiem zajęciem wstęp do pracy Emmericha i Scholla (z której zdaliśmy sprawę w nrze 18. *Przegl. lek.* z r. b. Przyp. Red.), obiecujący tak wiele a rozczarował się nadzwyczajnie przeczytawszy historye chorób!

Na czemże bowiem opierają się Emmerich i Scholl? Zdają oni sprawę z ośmiu przypadków, z których po wyłączeniu dwóch, nienadających się do ich leczenia z przyczyny ropnego rozpadu nowotworu, w jednym rozpaczliwym przerywają leczenie, trzy są jeszcze w leczeniu a jeden, w którym miał być skutek największy, jest dopiero od 4 miesięcy w obserwacyi.

Już to samo wskazuje, iż zdania E. i S. usuwają się z pod wszelkiej krytyki. Przed upływem trzech lat obserwacyi żaden chirurg nie odważy się teraz mówić o wyleczeniu raka.

Błędem jest dalej każdą zmianę po użyciu surowicy uważać za skutek leczący; najlepszy dowód tego na tuberkulinie, której wpływ na zmiany gruźlicze nie ulega przecież wątpliwości a pod której działaniem widziano nieraz dalsze szerzenie się sprawy gruźliczej.

Błędem jest następnie uważać każdy obrzmiały gruczoł limfatyczny za dotknięty rakiem, o mikroskopijnem zaś zbadaniu nie ma w pracy Emmericha i Scholla żadnej wzmianki, również jak o wielu innych ważnych szczegółach, jak n. p. tyczących się postępowania ze zwierzętami przed pobieraniem z nich surowicy i t. d.

Niedostateczniejszemi jeszcze, niż dowody kliniczne skuteczności surowicy swoistej przeciw rakowi, są podstawy teoretyczne pracy E. i S.; powiadają oni bowiem, że do doświadczeń skłoniły ich wzmianki w piśmiennictwie o przypadkach wyleczenia raka przez pojawienie się róży i cytują w tej mierze nazwiska kilku autorów. Otóż P. przechodzi po kolei te cytaty i wykazuje autentycznie, że powoływania się w tym względzie E. i S. na prace wymienionych przez nich samych badaczy jest zupełnie mylne, bo w jednych przypadkach nie rozchodziło się wcale o raka, tylko o mięsak a nawet Bruns oświadcza, iż nie ma dotychczas żadnego pewnego przypadku raka wyleczonego całkowicie przez różę, w drugich zaś nie ma mowy o wyleczeniu a raz nawet, jak było w przypadku Neissera, nastąpiła śmierć w 4 tygodnie po zaszczepieniu róży.

Powiadają dalej E. i S., że surowica róży zabija pasorzyty raka. Zkąd jednak wiedzą oni, że tak jest, skoro dotychczas żadne badania umiejętne mimo wszelkich w tej mierze usiłowań nie wykazały w raku takich pasorzytów? Nawet wiele okoliczności przemawia przeciw temu, jakoby rak miał polegać na działaniu pasorzytów. Wpływ korzystny róży znany jest dotychczas tylko na mięsaki, o których nie twierdzi się, jakoby swe powstanie zawdzięczały pasorzytom; ale przypuśćmy zresztą, iż rak jest chorobą pasorzytniczą, to i tak skuteczność surowicy róży mogłaby polegać na gwałtownej gorączce, obserwowanej w przypadkach mięsaka, na które róża wpłynęła korzystnie. Na to są pewne dowody kliniczne.

Z tych wszystkich uwag wypada, iż pracy Emmericha i Scholla słusznie zrobić trzeba zarzut braku krytyki a nawet braku, chociaż oczywiście tylko nieumyślnego, sumienności. Wszak na ostatnim co właśnie odbytym niemieckim kongresie chirurgicznym wykazał Bergmann przy sposobności odczytu Lassara o wyleczeniu rakowca wstrzykiwaniem arszeniku, że w spostrzeżeniach Lassara dużo jest błędów i niedokładności a König zastrzegł się przeciw puszczaniu w świat takich niedokładnych sprawozdań o wyleczeniu rakowca wewnętrznemi środkami, które bałamucą tylko publiczność i skłaniają ją do używania leków wewnętrznych a ociągania się z operacyą w okresie, w którym po niej można się spodziewać pomyślnego zupełnie skutku.

W całym szeregu pism codziennych (także i polskich Przyp. Red. *Przegl. lek.*) znalazły się entuzyastyczne doniesienia o wielkiem odkryciu Emmericha i Scholla, mającem uszczęśliwić ludzkość. Ileż nadziei obudzono niemi u chorych, którzy teraz gorzkiego doznają rozczarowania. E. i S. powiadają wprawdzie, że ich surowica znajdzie swe miejsce w leczeniu raka obok operacyi, ale po co takie wyrażenia, jak lek swoisty przeciw rakowi, surowica lecząca raka, które tylko bałamucą ogół nielekarski, na który w podobnych publikacyach wzgląd mieć należy.

Nic nie szkodzi tak bardzo postępowi i powadze nauki lekarskiej, jak zbyteczny pośpiech, z jakim wielu jej reprezentantów głosi *urbi et orbi* swe spostrzeżenia jako nowe prawdy i wielkie odkrycia. Na zbyteczne może badania dalsze takich odkryć traci się niepotrzebnie całkiem czas i siły, bałamuci publiczność i sprawia, że tracąc ona wiarę do nowych, złudnych metod leczniczych pozbywa się zarazem zaufania do dawnych, pewnych i wypróbowanych sposobów leczenia i pada w objęcia lekarzy-amatorów i partaczy. Przeciw takiemu postępowaniu trzeba koniecznie oświadczyć się stanowczo i energicznie. *(Deutsche medizin. Wochenschrift.* 16. Maja 1895).

65. Kronacher: O wpływie wytworzonego sztucznie zapalenia aseptycznego na złośliwe nowotwory. Trucizny bakteryjne pozbawione samychże bakteryj mogą, jak wiadomo, po wprowadzeniu do

ustroju zwierzęcego wywoływać najrozmaitsze sprawy zapalne, stosownie do swej ilości i koncentracyi. Zapalenia te, jakkolwiek w ogólności nie tak niebezpieczne, jak wytworzone przez same bakterye, mogą jednak mimo to nieraz być bardzo groźne. Słabiej działa surowica stosownie przyrządzona.

Zapalenia, nawet z ropieniem wywoływać mogą także pewne ciała chemiczne, jak n. p. olejek terpentynowy a zapalenie to jest tylko miejscowe, całkiem nie niebezpieczne, nie wywołuje gorączki ani ogólnego zakażenia ani przerzutów. Dziś nie ma żadnej wątpliwości, że pewnemi substancyami, stosownie roztworzonemi, jak olejek terpentynowy, krotniowy i innemi można wywołać po zupełnem wyłączeniu bakteryj ropienie, nawet zupełną, rozległą *phlegmone*, jeżeli ich się użyje podskórnie. Stopień zapalenia zależy wprost od roztworzenia czynnika użytego do doświadczenia.

Wiadomo oddawna, że niektóre twory zakaźne, jak n. p. liszaj żrący, tudzież nowotwory złośliwe doznają pod wpływem przypadkowego zapalenia ostrego pewnych zmian wstecznych, względnie dążą do wyleczenia. Na tej podstawie próbowano już dawniej szczepić paciorkowce. Skutek był często wyraźny, niekiedy jednak tak niebezpieczny, iż musiano odstąpić od tej metody. W ostatnich czasach obrano w tym celu drogę bezpieczniejszą, jakkolwiek także nie całkiem bezpieczną i próbowano wstrzykiwać rozmaite trucizny bakteryjne i stosownie przyrządzone surowice lecznicze, częściowo ze skutkiem; czy stanowczym, dotychczas jeszcze nie wykazano.

Jeżeli się zważy pomyślny nieraz wpływ ostrego, przypadkowego lub sztucznie wywołanego (przez szczepienie koków róży, trucizny bakteryjne, surowicę właściwą) zapalenia na zmiany zakaźne, jak n. p. liszaj żrący i nowotwory złośliwe, to sama przez się nasuwa się myśl spróbowania w tym celu pewnych substancyj chemicznych, jak n. p. olejku terpentynowego, stósownie roztworzonych.

Temi względami kierując się robił autor próby z leczeniem raków nienadających się już do operacyi przerzeczonemi substancyami i może teraz tylko tyle powiedzieć, że w nowotworach występują pewne zmiany, godne uwagi. Spostrzeżenia wszakże dotychczasowe nie wystarczają do wyrobienia sobie sądu o wartości tej metody leczniczej; dlatego autor oświadczając, iż w tej sprawie później ogłosi swe rezultaty, nie zachęca innych do naśladowania. *(Centralblatt für Chirurgie.* 18. Maja 1895).

66. G. Rankin: Przeciw zboczeniom czynności żołądka u osób niedokrewnych zaleca autor zażywanie po każdem jedzeniu pigułki następującego składu: *Ferri sulfurici oxydulati, papaini aa centigrmta 12, exti cannabis indicae, exti nucis vomicae aquosi aa milligrmta 15, exti rhei centigrm. 3. (La Semaine médicale.* 15. Maja 1895).

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

VI. Posiedzenie naukowe dnia 19. Kwietnia 1895 r.

Przewodniczący kol. Festenburg. — Obecnych członków 23.

Gościem Dr. Władysław Harajewicz z Krakowa.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Przewodniczący wspomnieniem a obecni powstaniem uczcili pamięć powszechnie kochanego i szanowanego kol. Dra Kazimierza Cyrus Sobolewskiego, który zaraziwszy się durem osutkowym padł ofiarą swego powołania.

3) Kol. Merunowicz: *Obecne zapatrywania na sposób szerzenia się cholery, ze szczególnem uwzględnieniem epidemii w Galicyi w 1894. roku* (będzie ogłoszone drukiem w *Przeglądzie lekarskim*).

Dyskusya: Kol. Prus przemawia za zaprowadzeniem kwarantan; wyraża też obawę, czy i w b. r. w Lipcu epidemia nie wybuchnie na nowo a to, że ona nie zalała w poprzednich latach całego kraju, kładzie na karb małej złośliwości tej epidemii.

Kol. Merczyński sądzi, że gdy wszędzie epidemia wybuchła skutkiem zawleczenia, należy gminy nią dotknięte siłą zamykać.

Kol. Mossing odbiegając od przedmiotu, pyta się o terapię cholery a przedewszystkiem o hipodermoklizy. Rzecz ta zaciekawia go bardzo z tego powodu, że Namiestnictwo wydało okólnik do lekarzy, polecający stosowanie w cholerze wstrzykiwań podskórnych i że nasuwa mu się wobec tego pytanie, czy zaniedbania hipodermoklizy w przypadku cholery nie poczytywanoby lekarzowi za winę.

Kol. Lachowicz uspakaja obawy kol. Mossinga. Hipodermokliz na wsi stosować wprost nie dało się; to też ich nie stosowano. Stosowano je w niektórych szpitalach n. p. w Delatynie a przedewszystkiem w Krakowie. Procent śmiertelności był mimo to 50 do 60 a skutek tylko chwilowy. Z reguły posługiwano się winem, koniakiem, kamforą, kofeiną, enteroklizami i kąpielami.

Kol. Szpilmann uważa środki proponowane przez koll. Prusa i Merczyńskiego za nieludzkie i z tego względu za niestosowne; sądzi zresztą, że epidemia obecna ma w ogóle bardzo lekki przebieg i z tego powodu nie powinna budzić zbyt wielkich obaw.

Kol. Legeżyński przypomina swe spostrzeżenie, że powodem wybuchu cholery w jednem z jej lwowskich ognisk były szmaty przyniesione przez handlarzy starzyzny, bo zetknięcie się z chorym w owym przypadku wykazać się nie dało.

Kol. Merunowicz oświadcza, że stosować można tylko te środki ostrożności, które nie przynoszą większej szkody niż pożytku. Zamknięcie jakiejś gminy nie tylko że przy dzisiejszym ruchu podróżnych byłoby często niemożliwem, ale w niektórych przypadkach, n. p. gdzieby się rozchodziło o zamknięcie gmin wiejskich żyjących z zarobku, byłoby z ogromną szkodą dla tychże gmin połączone. Że nadzór taki, jaki roztaczano, wystarcza tam, gdzie ściśle jest przeprowadzony, świadczą o tem n. p. te gminy, do których i po czterykroć cholerę zawleczono a pomimo to przez zastosowanie środków ostrożności zapobieżono wybuchowi epidemii. Uwzględniając prawa osobistej wolności nie można nawet internować przejezdnych. Chorych jedynie zatrzymuje się; w innych razach można tylko dodać eskortę. Zamykając gwałtem, wywoływałoby się panikę, która mogłaby nawet doprowadzić do rozlewu krwi, boć ma ktoś czekać, aż z cholery zginie na miejscu, to wolałby siłą przedzierać się przez kordon, przyczem w najgorszym razie także tylko śmierć poniesie. Zapatrywanie, że obecna epidemia dlatego nie rozszerzyła się zbytnio, że geniusz epidemii jest słaby, jest niesłusznem. Tam, gdzie jej w zaczątkach nie zduszono, rozwijała się szybko i gwałtownie; procent śmiertelności dochodził nawet do 65. Że się przewleka, przyczyną tego świeże zawleczenia z zagranicy, które dotychczas wykazano więcej niż 30 razy.

Z powodu spóźnionej pory na tem zakończono posiedzenie.

Sekretarz: *Uhma.*

VII. Posiedzenie zwyczajne dnia 3. Maja 1895 r.

Przewodniczący kol. Festenburg. — Obecnych członków 23.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Przewodniczący zagaił posiedzenie wspomnieniem o świeżych stratach, jakie Towarzystwo poniosło: o śmierci prof. Rydla, członka honorowego i delegata do komisyi redakcyjnej; o dwu nowych ofiarach tyfusu osutkowego, koll. Rosenbuschu i Węgrzynowskim. Obecni przez powstanie oddali cześć zmarłym.

3) Kol. Fajersztajn przedstawił chorego z objawami rzadkiego cierpienia nerwowego, znanego pod nazwą: *myasthenia pseudo-paralytica Jolly.* W dyskusyi zabierali głos koll. Szulisławski i prelegent.

4) Kol. Legeżyński zdał sprawę z epidemij panujących we Lwowie w I. kwartale 1895. roku. W dyskusyi zabierali głos koll. Pisek, Stroynowski, Uhma, Merczyński, Czarnik i prelegent.

5) Kol. Wachholz mówił: O zmianach pośmiertnych i o faunie zwłok w ziemi, na powietrzu lub w wodzie się znajdujących.

Wyczerpawszy porządek dzienny zakończono posiedzenie.

Sekretarz: *Uhma.*

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 22. Maja 1895 r.

— VII. Zjazd Chirurgów polskich w Krakowie odbędzie się dnia 16. i 17. Lipca b. r.

Stosując się do życzenia wielu kolegów skracamy czas trwania Zjazdu o jeden dzień. Nie chcielibyśmy jednak tracić liczby godzin wykładowych i dlatego proponujemy rozpoczynać posiedzenia o godz. 9. zamiast o 10., jak dotychczas. Posiedzenia odbywałyby się więc od 9—12 i od 1—4 godz. Pomiędzy 12. a 1. godz. byłoby przygotowane śniadanie w klinice chirurgicznej a o 5. godzinie mógłby się odbyć wspólny obiad.

Pierwszego dnia Zjazdu gotów jestem o 4. godz. po posiedzeniu wykonać na trupie operacyę przyszycia śledziony ruchomej i tymczasowego wypiłowania kości krzyżowej z utworzeniem zwieracza sztucznego. Trupy będą przygotowane i dla innych kolegów celem demonstracyi nowszych operacyj.

Drugiego dnia Zjazdu zaprasza Prof Obaliński do zwiedzania swego nowego pawilonu chirurgicznego w szpitalu św. Łazarza o godz. 8. z rana.

Kraków dnia 18. Maja 1895.

Prof. L. Rydygier,

przewodniczący Zjazdów chirurgów polskich.

— Na ten Zjazd zapowiedziano dotychczas następujące wykłady:

1) Prof. Rydygier: Zmiana w postępowaniu operacyjnem przy wycinaniu odźwiernika (*resectio pylori*).

2) Tenże: Przedstawienie chorych z gruźlicą stawów, leczonych metodą zachowawczą i operacyjną.

3) Tenże: Przedstawienie sposobu kateryzowania moczowodów według Nitzego (na chorym).

4) Dr. Kryński: O chirurgii moczowodów.

5) Tenże: O leczeniu wynicowania pęcherza moczowego (*ectopia vesicae*) z przedstawieniem chorych.

6) Dr. Kozłowski: O wyjaławianiu katgutu z uwzględnieniem sposobu przechowywania według Repina.

7) Tenże: O działaniu hemostatycznem pary wodnej.

8) Tenże: O biodrze koślawem (*coxa vera*) z przedstawieniem chorych.

9) Dr. Krasowski: O nowotworach złośliwych na kończynach

Uprasza się o dalsze zgłaszanie się z wykładami.

— W dniu 15. Maja b. r. odbyło się zwyczajne posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, na którem kol. Kostanecki mówił o zapłodnieniu u niektórych zwierząt z demonstracyą preparatów mikroskopowych, poczem kol. Nowak przedstawił preparat ciąży trąbkowej po stronie lewej z przemieszczeniem płodu do trąbki prawej. W dyskusyi przemawiał kol. Jordan.

— Namiestnictwo lwowskie wydało do l. 34768. z datą dnia 27. z. m. do wszystkich starostów w kraju a w Krakowie i we Lwowie do prezydentów miasta okólnik z powodu zaszłych w powiatach lwowskim, drohobyckim, turczańskim i staromiejskim przypadków zatrucia się ludzi chlebem i zacierką sporządzonemi ze zboża zanieczyszczonego sporyszem, skutkiem czego było nawet kilka przypadków śmierci.

Ponieważ żyto może być zanieczyszczone sporyszem i w innych okolicach kraju, przeto poleca Namiestnictwo bezzwłocznie zwrócić uwagę mieszkańców na szkodliwe skutki spożywania mąki z takiego żyta, donosić o przypadkach podobnego zatrucia i przy sprawowaniu policyi targowej, zwłaszcza w miastach i miasteczkach, baczyć starannie na zanieczyszczone sporyszem zboże i mąkę o takie zanieczyszczenie podejrzaną. Lekarz powiatowy spostrzegłszy u chorego przypady właściwe zatruciu sporyszem winien zawsze zbadać zboże użyte do konsumcyi, postarać się o oczyszczenie jego ze sporyszu przed zmełciem a nadto wezwać zwierzchności gminne, aby w gminach, gdzie zaszły przypadki tego rodzaju, poleciły mieszkańcom oczyszczać zboże przeznaczone do mełcia.

W razie pojawienia się rojnicy (*ergotismus*) mają lekarze powiatowi udać się na miejsce, zbadać sprawę i zarządzić, co potrzeba.

— Jeden z prenumeratorów naszych przypomina, że ś. p. prof. Dr. A. Kozubowski drukował w roku 1841. w tomie IV. Rocznika Wydziału lekarskiego rozprawę na własnych opartą studyach p. t. *O karłakach, mianowicie przedtatrowych.* Rzecz tę możnaby zużytkować przy opracowaniu tematu ogłoszonego przez Wydział lekarski Uniw. Jagiell. w Nrze 14. *Przeglądu lekarskiego* z r. b. pod tytułem: *Stosunek liczebny matołectwa do wola.*

— Magistrat warszawski wyznaczył 1160 rubli rocznie na systematyczne badania higieniczne wody tamtejszych wodociągów.

— Trzeci międzynarodowy kongres fizyologiczny odbędzie się w bieżącym roku w Bernie szwajcarskim od 9. do 13. Września.

— Mimo wszelkiej baczności rządu tureckiego pojawiła się w Kwietniu r. b. cholera między pielgrzymami mahometańskimi w miejscach świętych w Arabii, przybyłymi tego roku bardzo licznie.

— **Nekrologia**. Zmarli: W dnia 4. b. m. w Radomiu Dr. **Jan Tworkowski**, lekarz górniczy w Przysusze, w 35. roku życia. Zmarły odznaczał się jako lekarz zdolny i sumienny i pozostawia po sobie jak najlepsze wspomnienie. — Lekarz obwodu turgajskiego **Karpicki**. — W Jałcie lekarz **Wacław Dydalewicz**.

— **Posady**. Wydział powiatowy w Drohobyczu rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego w Podbużu. Pensya 500 złr. i 365 złr. na objazdy. Podania do 20. Czerwca.

Gazeta lekarska donosi, że w miasteczku Kryczewie w gubernii mohylewskiej jest miejsce dla lekarza. Miasteczko liczy 7000 ludności, ma pocztę i telegraf. Bliższa wiadomość u aptekarza miejscowego P. Dąbrowskiego.

Administration internationale sanitaire maritime et quarantenaire w Aleksandryi poszukuje lekarza do kontroli lekarskiej w Suezie. Lekarze wykształceni w bakteryologii i epidemiologii mają pierwszeństwo. Pensya wynosi 8000 franków i podnosi się stopniowo do 12000 franków. Podania do 15. Czerwca do Administracyi.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 20. A. Sokołowski: O samoistnem zapaleniu włóknikowem oskrzeli (*bronchitis fibrinosa idiopathica*). W. Gajkiewicz: O ropniach mózgowia i leczeniu ich chirurgicznem (ciąg dalszy). A. Malinowski: Leczenie chorych na błonicę surowicą (dokończenie). — W *Medycynie* Nrze 20-tym. J. Kosiński: Torbiel żołądka wielokomorowa (*cystoma multiloculare ventriculi*) (dok.). A. Wizel: Kilka słów o hipnozie i leczeniu hipnotycznem na zasadzie własnych spostrzeżeń. — W *Nowinach lekarskich*, Zeszycie z Maja r. b. B. Wicherkiewicz: Prof Łucyan Rydel. Wspomnienie pośmiertne. A. Beck: O truciznach powstających w ustroju. T. Drobnik: Operatywne leczenie choroby Basedowa oraz pogląd na jej patogenezę (dok.). J. Talko: Wypadek wągra podłącznicowego.

Sprostowanie. W Nrze 19. *Przeglądu lekarskiego* w art. Dra Sroczyńskiego na str. 277, I. szpalta, wiersz 13-ty i 14-ty od góry zamiast: „teraz bowiem w grę może wejść oko prawe“ czytać należy: „teraz bowiem w grę może wejść oko lewe“.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Do Nru niniejszego dołącza się opis pensyonatu hidropatycznego Dra Ebersa w Krynicy.

Dr. Władysław Harajewicz

były sekundaryusz szpitala powszechnego św. Łazarza w Krakowie

ordynuje 88—10—3

jak lat ubiegłych w letnim sezonie

W MARIENBADZIE

Villa „Belvedere".

C. F. Boehringer & Söhne, Waldhof bei Mannheim.

Dla niedokrewnych i ozdrowieńców!

FERRATYNA
P. P. N. Nr. 72168.

Połączenie żelaza z pokarmami.
Tylko w flakonach oryginalnych po 25 gr.
Cena flakonu 3 Mk.

Pastylki czekoladowe Z FERRATYNĄ

[illegible] po 0,5 gr. Ferratyny.
Tylko w pudełkach oryginalnych po 5 pastylek.
Cena pudełka [illegible] Mk.

Laktofenina

P. P. N. Nr. 70250. P. P. N. Nr. 70250.

Nowy środek przeciwgośćcowy i przeciw nerwobólom, o własnościach wybitnych, 10—24—10
zalecone jako specificum w durze brzusznym i t. d.

W RABCE

otwieram z dniem 1. Czerwca jak i lat poprzednich **Pensyonat** dla panien i dzieci, zapewniając troskliwą opiekę i dobre higieniczne odżywianie. 110—4—3

K. Głuchowska.

Adres: Dr. Głuchowski lekarz zakładowy w Rabce.

Aussee, Dr. Schreibera „Alpenheim", hydroterapia, kąpiele solank., gimnastyka leczn., kuracya tuczna. 1. Czerwca do 1. Paźdz.

MATTONI's GIESSHÜBLER

reinster alkalischer **SAUERBRUNN**

Mattoniego Giesshübler, naturalna szczawa alkaliczna, jest we-dług zgodn. orzeczeń powag lek. jako środek silnie alkalizujący, skutecznym wobec nadmiaru kwasu w ustroju, w wszelkiego rodzaju nieżyt. cierpieniach narządu oddech. i pokarm. (nieżyt żołądka, zgaga, brak apetytu); wobec kaszlu lub chrypki, w tych przypadkach najlepiej zmieszana z mlekiem. Szczególnie zaleca się użycie tej wody dla ozdrowieńców i dla dzieci.

Szczególne zalety wód Giesshüblerskich polegają na korzystnym składzie ich mineralnych części, na obecności nieznacznych ilości soli ziem i siarkanów, przy przewadze dwuwęglanu sodowego, jakoteż na tem, że woda ta już z natury jest nasycona bezwodnikiem węglowym. Ostatnia okoliczność zasługuje na uwagę, albowiem łatwo zrozumieć, że wody zawierające sztucznie dodany CO_2, jakie obecnie wprowadz. w handel, nie mogą zastąpić czystych naturalnych szczaw.

Mattoniego szczawy Giesshübl. są główn. reprezentantami wód, które obok wybitnego działania leczniczego posiadają tak czysty smak i taką obfitość wolnego CO_2, że ma najszersze zastosowanie jako napój stołowy.

Dzięki wielkiej ilości wolnego i związanego bezwodnika węglow. ma ta szczawa orzeźwiające działanie na ustrój ludzki i dlatego żaden napój nie przewyższa jej w smaku i skuteczności jako napój orzeźwiający, stołowy. Nadaje się znakomicie do mięszania z winem, koniakiem i sokami owocowemi.

Giesshübler Mattoniego jest w zapasie we wszystkich składach wód mineralnych, przesyła także bezpośrednio właściciel

HENRYK MATTONI Giesshübl-Sauerbrunn koło Karlsbadu.
Francensbad. **Wiedeń.** Budapeszt.

ŻEGIESTÓW

w Galicyi nad Popradem
stacya pocztowa, kolejowa i telegraf w miejscu.

Najsilniejsza szczawa żelazista, skuteczna w chorobach kobiecych i anemii. Lekarz zdrojowy Dr. Wł. Hojnacki.

Pora kąpielowa trwa od 20. Maja do końca Września.

Kąpiele borowinowe, żelaziste, hidropatyczne i popradowe. 115—8—2

Woda Żegiestowska znajduje się we wszystkich wielkich składach wód mineralnych.

Farbenfabriken vormals Friedr. Bayer & Co Elberfeld.

Somatoza

środek odżywczy, sporządzony z mięsa, o wybitnej wartości odżywczej dla osób źle odżywionych w błednicy, gruźlicy, krzywicy, raku żołądka i t. d. w czasie rekonwalescencyi.

11—13—11

Tryonal Pewny środek nasenny.

Salofen Przeciwgośćcowy. Przeciw nerwobólom.

Tannigen Środek ściągający dla jelit.

Piperacyna W skazie moczowej szczeg. dnie.

Arystol Środek zabliźniający szczeg. rany oparzelinowe.

Eurofen Przeciwkiłowy szczeg. ulcus molle.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.